

## Anmeldung

Patient hat Termin am:  Patient aufbieten

Name		Vorname	
Strasse		PLZ/Ort	/
Geburtsdatum	Geschlecht	AHV-Nr.	
Telefon			
Versicherung		Gesetz	Vers. Nr.
		UVG/Schaden Nr.	

		MRI	CT	Röntgen	US	Mammo
Diagnosezentrum Belmont	(1T offen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRI am Bahnhof	(3T)	<input type="checkbox"/>				
MRI nach Indikation (Entscheid Radiologie)		<input type="checkbox"/>				
Untersuchungsregion						
Gewicht	kg	Kreatinin	µmol/l		<input type="checkbox"/> Platzangst	

(Kontraindikationen MRI: Herzschrittmacher, Neurostimulatoren, Insulinpumpen, cerebrale Aneurysmaclips, Metallsplitter)

Klinischer Befund / Fragestellung (Blockschrift)

Allergien / Implantate Quick (Punktionen und Biopsie)

Dokumentation der Untersuchung auf  CD  Webportal  
 Schnellbefund per Telefon / Fax / E-mail

Datum

Arzt (Adresse, EAN, ZSR)

Bitte Kopie an (Adresse, EAN, ZSR)